№ 16. Warszawa dnia 8 (20) Października 1870 roku. Tom VII.

EXPEDYCJA w Księgarni M. Orgelbranda Krakowskie-Przedmie. Nr. 1 nowy.

KLINIKA.

TYGODNIK LEKARSKI.

Wychodzi w Czwartek każdego tygodnia.

w Warszawie:	Rocznie... Rs. 5 (złp. 33 gr. 10) Półrocznie „ 2 k. 50 („ 16 „ 20) Kwartalnie „ 1 k. 25 („ 8 „ 10)	na Poczcie: Dodatek:	Rocznie .... rsr. 6 (40 złp.) Półrocznie............ „ 3 (20 złp.) w Warszawie....... rsr. 2 rocznie) na Prowincji .... „ 2 kop. 30)

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI PRYWATNÉJ.

Durzyca u indywiduum anemicznego w wątpliwość podana.

Opisał Dr. **Rompalski** z Pilicy.

Jeżeli spostrzeżenia chorób ważniejszych dokładne, wierne, sumienne i ze stanowiskiem nauki zgodne, pożądanym bywają gościem w ramach czasowego pisma, to tém więcéj powinnyby zasługiwać na upowszechnienie opisy tego rodzaju przypadków, gdy takowe śmierć chorego sprowadziły; zwłaszcza, jeżeli w ocenieniu ich przyrody i w rozpoznaniu, nie zgadzają się lekarze i nie tylko za życia, lecz nawet po zgonie chorego nie przestają obałamucać publiczności i niepokoić jego rodziny głoszeniem przeciwnego zdania, najwyraźniéj wymierzonego na szkodę kolegów, którzy poprzednio prowadzili kurację.

Przez zamieszczanie w pismach publicznych takiéj natury faktów, leczący, nietylko zdobywa sposobność usprawiedliwienia swoich poglądów i działań, lecz nadto stawiając je pod światły sąd czytających kolegów, może wywołać z ich strony różne uwagi, nie tylko stan sprawy *sub judice* zostającéj, wyjaśnić i spór rozstrzygnąć, lecz nadto dla praktykujących lekarzy nie małą korzyść przynieść zdolne.

Takiemi to jedynie ożywiony pobudkami, opisałem najwierniéj przebieg choroby *Jakóba Brukner* ze wszystkiemi jéj przypadłościami, w przekonaniu, że krótką tę a dosyć ciekawą historję, zamieścić raczy Szanowna Redakcja w szpaltach swéj *Kliniki*.

W pierwszéj połowie Kwietnia r. b. zaproszony zostałem na konsultację do starozakonnego *Jakóba Bruknera* (w m. Wolbromiu), który już od tygodnia jako chory, pozostawał w łóżku i leczonym był przez miejscowego kolegę *R.* Chory ten około 56 lat wieku swego liczący, budowy

ciała dosyć wątłéj, temperamentu nerwowo-flegmatycznego, od wielu lat podlegał chronicznemu żołądka i kiszek nieżytowi i wszystkim z takiego źródła płynącym przypadłościom, które dawniéj hemoroidalnémi nazywano. Odpływy krwi z odbytnicy, bywały bardzo rzadko i nader ograniczone, a od paru lat wcale się nie pojawiały. Pomimo to pacjent nasz odznaczał się bladością skóry i błon śluzowych, niemałego stopnia bezkrwistości dowodzącą. Wypróżnienia stolcowe bywały u niego nieregularne, najczęściéj zatrzymane albo trudne, rzadko biegunce łagodnéj ustępujące miejsca. Żadnych innych chorób ani zapalnych, ani zakaźnych nie znał nasz chory przy swym anemicznym stanie, biciu serca, ani bólowi głowy, ani żadnym podskórnym przesiękom (*oedema*) nie podlegał. Tylko kiedy niekiedy lekko nabrzmiewały powieki, a w żyłach szyjnych zaledwie słyszéć się pozwalał niewyraźny szmer mieszkowy. Lekki zawrót głowy, zmniejszone łaknienie, osłabienie sił fizycznych, częste brzucha wzdęcie.... oto są przypady, które w ciągu kilku ostatnich lat zniewalały *Bruknera* do szukania pomocy lekarskiéj, a mianowicie, do używania rabarbaru, żelaza i różnego rodzaju pigułek i ziółek, po których polepszał się stan zdrowia na znaczny dosyć przeciąg czasu, a nigdy nie bywał tak nadwerężony i tak podkopany, aby chory nasz czuł się z tego powodu zmuszonym pozostawać w łóżku. To téż, poprzestając na palljatywnych środkach, nie przedsięwziął systematycznéj kuracji przezemnie, i przez krakowskich lekarzy po kilkakroć usilnie zalecanéj. Ale nawet, w ostatnich miesiącach ś. p. *Brukner* czuł się dosyć mocnym i żwawym, zajmował się bez przerwy swoim handlem i puścił się w kilkunasto-milową dosyć utrudzającą podróż do gubernjalnego miasta, gdzie dosyć żwawo biegał za kłopotliwemi interesami, a nawet mówił mi tam (jako jednocześnie obecnemu), że ma lepszy apetyt i że się czuje zdrowszym jak w domu, chociaż bladość jego cery nie ustąpiła bynajmniéj.

Dopiero w parę dni po powrocie z podróży, przez całą noc, przy padającym ciągle śniegu, przy ostrém, zimném i wilgotném powietrzu—odbywanéj, nagle uczuł wielkie znużenie, osłabienie, łamiący ból we wszystkich kościach i dreszcze, nadto ociężałość całego ciała a szczególniéj głowy i szum w uszach, przy utraconém zupełnie apetycie i przy niemożności utrzymania się na nogach. Po dreszczach wstawiła się gorączka, a po kilku godzinach jéj trwania, wystąpił na całéj skórze obfity pot, po którym chory, czuł się znacznie żwawszym, szczególniéj téż z rana, lecz już wcale nie opuszczał łóżka. Następnego dnia, po kilkogodzinném polepszeniu, znowu powtórzyły się po południu, wszystkie poprzedniego dnia przypady, jedném słowem, miał miejsce paroksyzm zimniczy, znowu ogólnym potem zażegnany. Taki stan rzeczy powracał przez kilka dni—chory coraz więcéj był sennym, drzemiącym, lecz gdy do niego przemówiono, natychmiast otwierał oczy i z całą umysłu przytomnością odpowiadał na pytania. Pragnienie mało co było powiększone, mocz blado-czerwony z obłoczkiem śluzowym, język wilgotny, szarawym szlamem obłożony, brzuch nie bolesny, mało wzdęty, stolec łajnisty, dosyć tęgi. Około 4-go lub 5-go dnia po pierwszym dreszczu, pojawiły

się na skórze, a najobficiéj na kończynach i na tylnéj ciała powierzchni plamki i plamy ciemno-sine, a raczéj ciemno-granatowe, różnego kształtu i różnéj wielkości, lecz najmniéj okrągłe.

Dotąd czerpałem wiadomości z opowiadania kolegi *R.*, który jako miejscowy lekarz (w Wolbromiu) najpierwéj poproszony był do ś. p. *Bruknera*, u którego znalazłszy zimnicę na gruncie anemicznym rozwiniętą, przepisał mu chininę z żelazną solą, która stolcom gęstym, a nawet twardym, czerniawą nadała barwę. Po wyżyciu skrupułu chininy i żelaza, w przeciągu dni trzech, stan chorego nie zmienił się na lepszy, lecz przeciwnie wzrastało osłabienie, częstszym stawał się puls i mnożyła się liczba coraz obszerniejszych plam na skórze. Stanem takim zaniepokojona chorego rodzina, sprowadziła mnie z Pilicy na naradę lekarską z miejscowym kolegą, który po udzieleniu anamnestycznych wiadomości, powyżéj opisanych, nadmienił, że po chininie mniéj wyraźnemi stały się paroksyzmy zimnicze, lecz, że takowe jeszcze powracają i że między jednym a drugim napadem chory nie całkiem jest od gorączki wolny.

Przybywszy do pacjenta około godziny 10-téj z południa, a zatém w czasie wrzekoméj intermissji (podobno 8-go dnia choroby), znalazłem go w następującym stanie:

Głowa od bólu całkiem wolna, tylko ociężała, nieco odurzona i w okolicach skroniowych cieplejsza, szum w uszach i słuch nieco przytępiony; wszystkie błony śluzowe dla oka przystępne, blade, tylko łącznica kul ocznych lekko nastrzyknięta, wzrok dobry, twarz jednostajnie blada z lekko żółtawym odcieniem; język blady, dosyć miękki, wilgotny, warstwą szarawego śluzu pokryty, w końcu (*in apice)* czerwonemi otoczony punkcikami (*papillae filiformes*), dziąsła blade, nie nabrzmiałe i nie krwawiące, w gardzieli stan prawidłowy, oprócz bladości błon; okolica płuc daje odgłos jasny i czysty, tylko w dolnéj połowie prawego płuca lekki szmer śluzowy. Rzadki bardzo, krótki, wilgotnawy kaszel; granice serca prawidłowe, równie jak jego ruchy i tony, tylko ściąganie się serca nieco osłabione, w żyłach szyjnych bardzo niewyraźny szmer mieszkowy. Wątroba miękka, ale powiększona, naciskanie nawet mocniejsze nie obudza w niéj bólu; śledziona również miękka na dół nie opuszczona, ku górze zaś rozciąga się do górnego brzegu 9-go żebra z przodu, z tyłu zaś nieco wyżéj; okolica żołądkowa cokolwiek wzniesiona, daje odgłos tępy, niebolesna; brzuch mało co wzdęty, z lewéj strony daje odgłos bębnowaty, w okolicy okrężnicy zstępującéj odgłos tępy a *in regione ileo-coecali* przy naciskaniu żadnego bólu, ale lekkie przelewanie (*gargouillement*). Skóra na całém ciele jednostajnie ciepła, blada, miękka, wilgotnawa, pokryta najobficiéj na kończynach i na tylnéj kadłuba połowie plamami ciemno-granatowemi różnego kształtu i różnéj wielkości, najczęściéj nieforemnemi, podłużnemi, o brzegach nierównych, niby poszarpanych; plamy te na całéj swéj powierzchni, nad poziom skóry nie wystające i zarówno w środku jak i ku brzegom swym zakolorowane, były to najwyraźniéj tak zwane *petechiae, ecchymoses.*

Pomiędzy témi nieforemnemi plamami napotykały się tu i owdzie mniejsze plamki regularnie zaokrąglone, takiejże samėj barwy. Mocz wydziela się prawidłowo, blado-czerwony, bez osadu, tylko z obłoczkiem szarawym; stolec od jednéj doby zaparty, gruczoły lymfatyczne powierzchowne w stanie prawidłowym, tętno uderza 100 razy na minutę, dosyć pełne, ale miękie, szybkie (*celer*) i zmienne, bo gdy chory się podnosił lub usiadł, puls o 10 uderzeń na minutę stawał się częstszym. Termometr *Reaumur'a* w dołku podpachowym umieszczony wskazywał 31°—poprzednio nie była mierzoną ciepłota, lecz kolega *R*. utrzymuje, że takową wieczorami zawsze znajdywał nierównie więcéj podniesioną jak z rana. Żaden krwotok, ani żadne krwawienie nie miało miejsca. Stopy nie przedstawiają żadnego obrzmienia. Nakoniec stan ośrodków nerwowych i układu nerwowego: przytomność umysłu zupełna, żadném majaczeniem nie przerywana, chory w milczeniu zamiłowany, leży ciągle z zamkniętemi oczami i zdaje się drzémać, jeżeli do niego nikt nie mówi, jest pognębiony, smutny, nie jęczy, nie stęka, nie skarży się, leży spokojnie, nie przedstawiając żadnych poruszeń ciała automatycznych, milczy ciągle, jeżeli nie jest zapytanym. Zdaje się że popadł w stan fizycznego i moralnego odrętwienia. Przy dłuższém nawet siedzeniu, nie doświadcza mdłości, ani bicia serca.

Przepisaliśmy siarczan chininy w rozczynie z kwasem siarczanym trzy razy dziennie po 4 grana, przytém sodę z nalewką rabarbarową do używania, nacieranie całego ciała chłodną wodą w połowie z octem zmieszaną; za posiłek: mocne rosoły, kleik, mleko słodkie; za napój wodę z cytryną, z winem lub czystą.

W trzy dni potém odwiedzając znowu chorego przed południem, znalazłem go jak następuje:

Plamy na skórze stoją nieco bledsze, język mniéj obłożony, cokolwiek zasycha, przybierając lekki brunatny kolor, w płucu prawém od dołu, odgłos więcéj tępy i nieznaczne rzęrzenia, oddychanie prawidłowe, kaszel bardzo mały i rzadko kiedy słyszéć się daje, brzuch więcéj wzdęty, niebolesny, przelewanie *in regione ileo-coecali* wyraźniejsze. Od 3-ch dni, 3 lub 4 stolce na dobę, rzadkie, prawie polewkowate, ze strzępkami śluzowemi, smrodliwe a parę razy pojawiła się w tychże wpół skrzepła krew w ilości 1-éj 2-ch lub 3-ch łyżek stołowych, z materją stolcową nie zmięszana; tętno 112, temperatura 30,5° R., osłabienie większe; zresztą nie było zmiany w obrazie innych przypadów, przy pierwszéj wizycie mojéj opisanych.

Zaleciliśmy łącznie z kolegą *R*.: *Extractum chinae frig. parat. c. acido phosphorico*, nacieranie skóry octem kamforowym, małe enemki z zimnéj wody z dodatkiem tanniny, i kilku kropel nalewki makowcowéj, a czasem z wodą chlorową; na brzuch suche bańki i okłady zimne, w okolicy prawego płuca także suche bańki. Djeta taka sama — w małéj ilości starsze wino, a za napój woda zimna, z dodatkiem małéj ilości czerwonego francuzkiego wina.

We dwa dni późniéj: Brzuch daleko mniéj wzdęty, przelewanie prawie

całkiem znikło, język zasycha i pokrywa się czarniawym szlamem, płuco prawe wyraźniéj i w większéj przestrzeni zajęte, jednak ani trzeszczenia, ani oskrzelowego ani koziego głosu nie pozwala w swoich granicach słyszéć; oddech utrzymuje się w prawidłowém stanie, gdy chory spoczywa, a lekko się tylko przyspiesza, gdy chory jest zmęczony. Stolce mniéj częste, takich samych przymiotów jak pierwéj, w ostatnim, przy mnie oddanym nader nieznośnego odoru, znalazłem krwi wpółskrzepłéj, od stolca odzielonéj, około 2-ch łyżek od kawy. Tętno 120 na minutę, miększe, słabsze, senność taka sama, przytomność umysłu zupełna; żadnych majaczeń. Nowe plamy na skórze nie pokazują się; po bańkach suchych tak na brzuchu jak na plecach, obszerne ciemno-granatowe plamy, rozmiarom przystawionych baniek odpowiadające. Temperatura ciała 31^{0} R. w dołku podpachowym. Dziąsła nieco czarniawe, lecz nie rozpulchnione, i nawet za naciskaniem nie krwawią.

Chorobę nas tu zajmującą przyjąłem jednozgodnie z kolegą *R.* za tyfus brzuszno-petociowy, z nieżytem żołądkowo-kiszkowym, na tle anemicznem rozwinięty. Uznaliśmy ją za taką z powodów, które poniżéj nieomieszkam wyłuszczyć. Stan chorego stawał się coraz więcéj niepokojącym, chociaż rzeczywiście oprócz owych ciemno-granatowych plam, oprócz wzrastającéj częstości pulsu i ogólnego osłabienia nie pojawiły się żadne inne groźniéjsze przypady. Z mojéj insynuacji, posłano jeszcze tegoż samego dnia po dwóch innych kolegów jakoto: po D-ra *P.* (starszego lekarza pułkowego) z Pilicy, i po D-ra *M.* z Miechowa. Tym sposobem w małéj osadzie Wolbromskiéj zebrało się czterech lekarzy przy łóżku chorego. Świeżo przybyli panowie wzięli się do badania naszego pacjenta.

Dr. *P.* po zbyt krótkim egzaminie w milczeniu dopełnionym, stanowczo wyrzekł: „że to wcale nie tyfus".

Nie chąc w obec chorego i licznie zebranéj jego familji wszczynać dysputy lekarskiéj, przez mieszkańców małomiejskich a w ogóle przez pospólstwo kłótnią nazywanéj, poprosiłem konsulentów do sąsiedniéj izby. Dwaj inni koledzy t. j. D-rowie *M.* i *R.* podzielali całkiem moje zdanie, dla tego téż piérwszy z nich zainterpelował D-ra *P.*, aby raczył przedstawić powody, dla których zajmującéj nas obecnie choroby nie uważa za tyfus, nadto, aby postawił swoją djagnozę i poparł ją lepszemi jak moje argumentami.

Tak zagadnięty oponent, oświadczył, że zdanie swoje opiera na następujących danych a mianowicie: 1) że chory nie przedstawia wcale tyfusowéj fizjonomji, że jest ciągle przytomny i wcale nie majaczy, 2) że wysypka nie jest taką jak w tyfusach bywa, 3) że brzuch nie wzdęty, niebolesny, że nie ma bólu i przelewania *in regione ileo-coecali*, że temperatura ciała nie tak wysoka, jakby 12-go dnia choroby tyfusowéj być powinna, że krew w stolcach nie jest z niemi ściśle zmięszana, więc jako produkt owrzodzeń kiszkowych uważaną być nie może, a nakoniec dodał, że wszystkie przypady u chorego *Bruknera* miejsce mające, uważać tylko należy jako następstwa *anaemii*, czyli że obecną jego chorobą, jest nie żaden tyfus, lecz tylko *anaemia*.

Usprawiedliwienie mego rozpoznania i zarzuty jakie D-rowi *P.* zrobiłem, poniżéj znajdą pomieszczenie, przy szczegółowéj analizie przypadków i okoliczności przez Szan. oponenta podanych; tu zaś nadmienię tylko, że Dr. *M.* nie myśląc nawet walczyć przeciw nowéj djagnozie, nader trafną zrobił uwagę, że w danym przypadku, jeżeli już nie tyfus, to daleko właściwiéj możnaby przyjąć tak zwaną *Leukaemią*, czyli *Leuko-cythaemią*. I w rzeczy saméj, choroba ta, świeży jeszcze nabytek patologii stanowiąca, odznacza się symptomatami, których znaczną liczbę można było znaleść u naszego pacjenta, a mianowicie: bladość skóry i błon śluzowych, osłabienie, ociężałość, stan gorączkowy, brak apetytu, szum w uszach, zaparcie stolca, późniéj biegunka, powiększenie śledziony i wątroby, następczy nieżyt płucny, odpływy krwi z kiszek, wynaczynienie krwi w tkance komórkowéj podskórnéj, czyli tak zwane: *petechiae ecchimoses, sugillationes*, śpiączka i t. p. Ale z drugiéj strony, brak tu jest przypadków, które w Leukaemii patognomicznemi nazwać można.

O najważniejszym symptomie t. j. o przybytku ciałek białych krwi nawet mówić nie wypada, bo badanie krwi mikroskopijne, nie było tu robione jako zbyteczne z przyczyny nieobecności zjawisk, które *Niemejer* i *Lebert* za nieodłączne od Leukaemii uważają; bo nie było tu wielkiego przerostu śledziony, albo przynajmniéj gruczołów lymfatycznych, od których to przypadków śledzionową i limfatyczną rozróżnia *Niemejer* Leukaemję. Jest wprawdzie u naszego chorego powiększenie śledziony, ale bardzo nieznaczne, zaś w Leukaemii, dochodzi ona ku dołowi aż do kości biodrowéj, zajmuje całą długość brzucha, ciśnie ku górze przeponę i często daleko odsuwa na prawo linję białą. Śledziona bywa tu twardawa, elastyczna, w niéj zaś uczucie ciśnienia, prężenia a czasem bólu (*Lebert*). Z uszkodzonego krwi obiegu powstaje tu, *ascites, anasarca, hydrothorax;* czego wszystkiego ani śladu w naszym przypadku. Nadto Leukaemia jest chorobą chroniczną, rok, dwa i trzy lata ciągnącą się a zwykle śmiertelną (*Lebert*). Nakoniec gorączka w przerzeczonéj chorobie nie jest ciągłą, ale towarzyszy paroksyzmom, że się tak wyrażę, śledzionowym, wśród których śledziona przez jakiś czas wzrasta, a następnie przez kilka tygodni i dłużéj *in statuquo* pozostaje, dopóki nowy nie wstawi się paroksyzm z gorączką i z bólem śledziony. U naszego pacjenta stan gorączkowy powstał nagle, trwał bez przerwy dni 17 i nigdy poprzednio nie pojawił się w ostatnich trzech latach.

To też Dr. *M.* nie miał zamiaru nadawania jakiejś wagi swemu przypuszczeniu, które chwilowo zrobił, jedynie aby uwydatnić niemożność zaaprobowania djagnozy D-ra *P.*, który niezmordowanie przy swéj anaemii obstawał, i po wysłuchaniu moich uwag, po przekonaniu się o stanie śledziony i gruczołów limfatycznych utwierdził się (Dr. *M.*) jeszcze mocniéj w przekonaniu, że nie inną formę chorobną, lecz tyfus sporadyczny mamy przed sobą.

Po bezowocnych sporach i wyczerpaniu argumentów pro i contra głoszonych, przystąpić musieliśmy nareszcie do ustanowienia terapii.

(*D. c. n.*)

PRZEGLĄD LITERATURY LEKARSKIÉJ.

Choroby nerwowe.

Zaburzenia w odżywianiu przy nerwobólach.

Sprawozdawca **Z. Dobieszewski.**

Dr. **Nothnagel**. Trophische Störungen bei Neuralgien. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* herausg. v. Dr. *Meyer*. u. *Westphal*. II. B.

Zaburzenia w odżywianiu członków dotkniętych nerwobólem, są niezbyt pospolite i dla tego przypadki takich cierpień zasługują na uwagę; na pierwszy rzut oka, zdawałoby się, zatém, że mając przed sobą członek dotknięty neuralgją, którego odżywianie upośledzoném zostało, przyczyny tego upośledzenia głębiéj szukać należy; a jednak przypadki mówiące przeciwnie, tu i owdzie znajdują się w literaturze.

Cotugno opisuje w swém klassyczném dziele (w 6-m lub 7-m rozdziale) wychudzenie członka z powodu kilka lat trwającego *ischias*, zanik przy ischias, odnosi on do tak zwanego przez *Hipokratesa tabes ischiadica* do ogólnego wyniszczenia przy *coxarthrocace*. U wielu badaczy podobne przypadki spotykamy.

Schudnienie członka w skutek czystéj neuralgji, znajdujemy dotąd tylko przy ischias notowane.

Co do zaniku innych części, pochodzących z neuralgji, nie posiadamy w nauce żadnych ściślejszych spostrzeżeń. Tylko przy neuralgjach piątéj pary, spotykamy wzmianki ogólne, że takowe sprowadzać mogą wychudzenia połowy twarzy; ale mimo to autorowie nie przytaczają dokładniejszych spostrzeżeń pojedynczych przypadków chorobnych, a *Valeix* powiada: że „Nie znamy ani jednego pewnego przypadku zaniku twarzy, spowodowanego neuralgją." Ale wychudzenie członka, z powodu ischias, należy nawet do rzadkich objawów. *Valeix* na 14 przypadków tylko raz je spostrzegał. *Louis* na 21 przypadków 4 razy, *Nothnagel* zaś na 30 przypadków 5 razy je obserwował. Rozpoznanie takich zaburzeń w odżywianiu, łatwém jest oczywiście, trudniéj wytłomaczyć sobie w jaki sposób takowe powstają. Do wyjaśnienia będącéj w mowie kwestji, przyczynić się mogą dwa przypadki przez *Nothnagel'a* opisane.

Spostrzeżenie I. *Fischer*, wyrobnik, lat 53 liczący, urodzony z rodziców zdrowych, oprócz ospy, którą w 5-m roku życia przebył, żadnych innych chorób nie przebywał. Od pewnego czasu, zmuszony był pracować przy wydobywaniu torfu i po kolana stać w wodzie. Nagle, pewnego poranku, kiedy się zabrał do swéj roboty, uczuł ból mocny w biodrze prawém, który go zmusił zaniechać roboty. Ból ten *kłujący*, rozchodził się w okolicy dziury kulszowéj (*incisura ischiadica*), do prawego kolana i łydki, i był tak silny, że zniewolił chorego położyć się w łóżko. Po przystawieniu baniek, w trzy dni wyzdrowiał. Odtąd uczuwał głuchy ból w kończynie cierpiącéj, lecz długi czas był zdrów zresztą zupełnie. Aliści pewnego poranku listopadowego, przy podnoszeniu ciężaru, uczuł chory znowu mocny ból w okolicy prawego biodra, który przebiegając po zewnętrznéj stronie uda, aż do przegubu kolanowego, dochodził do podeszwy. Chory z trudnością zawlókł się do domu. Tu zauważył, że prawa noga wydawała się bledszą i zimniejszą niż lewa. Lekkiego łachotania nie czuł zupełnie, dopiero mocne szczypanie, obudzało ból w nodze cierpiącéj. To zmusiło chorego do pozostania przez sześć tygodni w ciepłym pokoju, bóle przeszły, ale skoro tylko wyszedł na chłodniejsze powietrze, natychmiast objawiło się mrowienie, i ból w prawéj nodze tak silny jak poprzednio. Ciepłe utrzymywanie członka znowu mu ulgę przyniosło. Takie pogarszania przychodziły jeszcze po kilka razy, aż nareszcie zjawiły się bóle w paroxyzmach, poczynające od dolnéj części nogi i dochodzące do łydki i biodra. Jednocześnie czucie ogólne podległo zaburzeniu.

W początkach 1868 r. (t. j. w pół roku blizko po przeziębieniu), uczuł chory w prawéj nodze pewne ociężenie, które podczas dalszego chodzenia, zmuszało go do odpoczywania; a uczucie zimna i ciężaru pozostało. W kilka tygodni późniéj spostrzegł, że pra-

wa noga zdawała się wyraźnie być chudszą niż lewa, a jednocześnie i osłabienie jéj się powiększyło, tak że mógł tylko z trudnością i przy pomocy laski chodzić. W ostatnich czasach, czucie, tak subjektywne jak objektywne, coraz bardziéj się zmniejszało, a noga była jakby obumarła. W Marcu 1868 r., zauważył autor wyraźne wychudnienie i znaczne zbezczulenie. Odtąd chory przestał się leczyć, a bóle nieco jeszcze silniejsze się zjawiały, wychudnienie członka postępowało, a uczucie ogólne w dość dobrym było stanie.

W Kwietniu 1869 r. przedstawił się autorowi chory w stanie następującym: Silnie zbudowany mężczyzna, zdrowe miał wejrzenie, tkanka tłuszczowa podskórna i mięśnie dobrze miał rozwinięte. Skarżył się na ból w nodze prawéj, które w cieple i przy spokojném zachowaniu się w pokoju, prawie czuć mu się nie dawały, lecz przy chodzeniu i przy pracy, dochodziły do znacznego natężenia i sen mu nawet przerywały. Bóle strzelające przebiegały przez całą kończynę aż do stopy, którą jednak oszczędzały. Punkta najboleśniejsze były następujące: skrętarz wielki (*trochanter major*) i kłykieć wewnętrzny kości udowéj. Oprócz tego chory się skarżył na brak czucia, na dotykanie i uczucie zimna w choréj nodze, a oprócz tego noga ta była cięższą niż zdrowa. Położywszy chorego na grzbiecie, widać było wyraźnie, że cała prawa noga, tak w udzie jak i w łydce, znacznie mniejszą posiadała objętość, niż noga lewa.

Wymiar obwodu goleni na wysokości kostek (*malleoli*) wynosił	23 ctm. w lewéj nodze	22 „ „ prawéj „
Wymiar przez brzusiec m. dwugłowego łydki (*gastrocnemius*) wynosił	$28\frac{1}{2}$ ctm. w lewéj nodze	$27\frac{1}{2}$ „ „ prawéj „
w środku łydki	33 ctm. lewéj nogi	32 „ prawéj „
Na cztery palce powyżéj rzepki	$37\frac{1}{2}$ ctm. w lewéj nodze	$34\frac{1}{2}$ „ „ prawéj „
w środku uda	48 ctm. w nodze lewéj	$44\frac{1}{2}$ „ „ „ prawéj
Na wysokości skrętarzy	56 ctm. w lewéj nodze	53 „ „ prawéj „

Długość obu nóg i kości je składających, była jednostajną. Lewą nogę chory mógł wyżéj podnosić niż prawą, a ta ostatnia drżała przy podniesieniu, tak, że ją podpierać musiał. Wszelkie ruchy prawéj nogi były trudniejsze niż lewéj i wywoływały zaraz ból, nadto noga prawa była zimniejszą niż lewa. Uczucie na dotykanie i temperaturę w prawéj nodze było wyraźnie zmniejszone. Uczucie bólu przy naciskaniu najwyraźniéj powstawało przy kłykciu wewnętrznym kości biodrowéj, na główce kości strzałkowéj (*capitulum fibulae*), na guzie łonowym i malleolus externus. Podczas egzaminu spostrzegał autor szybko przebiegające drgania mięśniowe. W tętnie obu tętnic udowych nie obserwował żadnéj zmiany.

Spostrzeżenie 2. *G. Kretschmann*, 57 lat liczący, wyrobnik, był zupełnie zdrów, gdy 1860 r. uderzyła go ciężka belka w okolicę lewego biodra; uderzenie to zmusiło chorego pozostać przez 9 tygodni w łóżku. Późniéj był zdrów czas jakiś, nie uczuwając żadnych dolegliwości w lewéj nodze, na nowo jak poprzednio pracował. W 1863 r. wpadł w rów; poczém, przy ciężkiéj pracy, uczuwać zaczął ból w nodze lewéj. Ból ten w 1865 r. powiększył się, zmuszając chorego leżeć spokojnie, mimo to rozwinęły się w poprzedniém spostrzeżeniu opisane objawy.

W m. Grudniu 1867 r., kiedy go Dr. *Nothnagel* badał, stan jego był następujący: Człowiek silnie zbudowany, nieźle odżywiony, skarżył się na ostre bóle w lewéj nodze. Bóle te znikały, przy spokojném zachowaniu się, ale się natychmiast zjawiały znowu, podczas chodzenia chorego, schylania się, lub jakiegokolwiek wysilenia. Zaczynały się około biodra, dochodziły do łydki i schodziły do stopy, ztąd biegły znów do wycięcia kulszowego lewego (incisura ischiadica sinistra) aż do kolana na dół, ztąd przechodziły na stronę tylną łydki. Lewa, dolna część uda chorego, była jakby obumarłą. Podczas chodzenia nie mógł dobrze wyczuwać podłogi, ani też ocenić czy ma na nodze szkarpetkę itp. Chory dokładnie opowiadał, że uczuwa zimno w cierpiącéj nodze, noga lewa była istotnie ciągle bledsza niż

prawa i zimniejsza, i nawet w lecie, gdy prawa noga była bardzo rozgrzana i spocona, lewa zawsze zimna i blada.

Uczucie zimna i bladość, występowały zawsze jednocześnie z uczuciem bólu, ale gdy ten doszedł do wysokiego stopnia natężenia, natychmiast rozgrzanie członka występowało.

Chód chorego był niepewny, zataczał się i powłóczył za sobą lewą nogę. Długość obu nóg była jednostajną, ale lewa widocznie była chudsza niż prawa; tkanka tłuszczowa podskórna, zdawała się być niezmniejszoną, lecz mięśnie nogi cierpiącéj, wyraźnie scieńczałe i wiotkie.

Obwód łydek	prawéj nogi	13	cali wynosił.
	lewéj "	$11\frac{1}{2}$	" "
Środek uda	prawéj nogi	$17\frac{1}{2}$	" "
	lewéj "	$16\frac{1}{2}$	" "

Kolor skóry podczas badania, na obu nogach był jednostajny, tylko lewa noga była zimniejsza niż prawa. Czucie w lewéj nodze (tak dotykalne jak i na temperaturę) było zmniejszone. W lewej goleni zbezczulenie było tak widoczne, że głębokie ukłucie dużą szpilką, żadnego nie robiło na nim wrażenia; zbezczulenie było tak wyraźne, że mocny strumień elektryczny nie robił na chorym żadnego prawie wrażenia. Oddalenie bobiny, przy badaniu czułości na elektryczność, w lewéj nodze wynosiło 75 milim., kiedy w prawéj dochodziło tylko do 90 milim. W prawym udzie, przy bezpośredniém działaniu na mięśnie, do wywołania ich skurczu, należało bobiny oddalić na 60 milim., w lewém zaś udzie odległość wynosić musiała aż 30 milim.; w udzie prawém (działając na *tibialis anticus*), odległość bobin potrzebna do wywołania skurczu, wynosiła 30 milim., na lewém udzie, po zupełném nawet do siebie zbliżeniu bobin, ledwie słabe otrzymywano drgania.

W jaki sposób powstają opisane tu zaburzenia w odżywianiu? Do wytłomaczenia ich, istnieją dwie teorje w nauce: według jednéj, zanik, będący następstwem nerwobólów, tłomaczą, jako pochodzący skutkiem długiego spoczynku cierpiącego członka, do jakiego ból zmusza chorego;—drudzy, tłomaczą zmiany odżywiania jednoczesném zaburzeniem w nerwach czucia i nerwach odżywiających (troficznych).

Niezawodném jest, że mięśnie pewnego członka mogą zanikać, gdy ten przez czas pewien ruchów swych nie wykonywa, ale dla wytłomaczenia zaników przy nerwobólach spotykanych, takie objaśnienie nie wystarcza, albowiem, ażeby nastąpił zanik, nietylko potrzeba zupełnego spoczynku członka, ale jeszcze zupełnéj bezczynności mięśni. Nieruchomość członka przy nerwobólu, sprowadza sam chory, bo wszelkie poruszenie bóle powiększa, albo je wywołuje; unieruchomienie to stoi zawsze w prostym stosunku do natężenia bólu.

Tłomaczenie to jednak do wszystkich przypadków nerwobólów zastosować się nie da; istnieją bowiem długie i silnego natężenia nerwobóle kulszowe, które nie pociągają za sobą zaniku członka. Dowodzą tego liczne spostrzeżenia, między innemi cytowane przez *Valleix'a*, w którém autor ten mówi o chorym, który przez parę miesięcy nie mógł używać członka, z powodu silnego bólu; tu nieruchomość sprowadziła nawet paralityczne osłabienie (parezę), a mimo to mięśnie jego nie podległy zanikowi. Obok tych spostrzeżeń mamy znów inne, w których obserwowano zanik mięśni, pomimo nieznacznych objawów bólu. Pięć podobnych przypadków sam autor obserwował, a i *Valleix* także je przytacza (zaczerpnięte od *Louis*). Ztąd autor mniema, że przyczyny zaburzeń w odżywianiu członków przy nerwobólach, gdzieindziéj szukać należy, a mianowicie w zaburzeniu nitek nerwów odżywiających; te ostatnie mogą podledz zupełnemu bezwładowi, albo nawet być w swéj czynności mało ograniczonemi, a upadek właśnie ich czynności, pociąga za sobą zanik. Co więcéj, poszukiwania nad nerwami odżywiającemi, pozostawiają wiele do życzenia. Nawet samo ich istnienie i przebieg, nie są jeszcze dokładnie wykazane; co najwyżéj *Meissner* i *Schiff*, dla nerwu trójdzielnego wyraźnie je wykazali. Chcąc zatém przypisywać zaburzeniu w tych nerwach przyczynę upadku odżywiania członka, opieramy się tylko na przypuszczeniu.

Rozebrawszy przytoczone dwa przypadki, autor stara się inną przyczynę wynaleźć, dla wytłomaczenia wspomnianego zaniku.

Przedewszystkiém zbiór objawów opisanych, niewątpliwie mu wskazuje, że miał do czynienia z nerwobólem. Była to choroba bezgorączkowa, z przewlekłym przebiegiem, bez wyraźnego anatomicznego zboczenia; chory doświadczał silnych bólów, które w paroxyzmach stawały się silniejszemi, nie ograniczały się do pewnego punktu, ale przebiegały całą kończynę, trzymając się w przebiegu N. kulszowego.

Do tego zwykłego obrazu nerwobólu kulszowego, przybyły jeszcze inne objawy. Do nich należało uczucie zimna, które chory wyraźnie oznaczał, przyczém noga była zupełnie blada; oprócz tego subjektywnego uczucia zimna, przyłączyło się uczucie martwoty, głuchota i mrowienie. Czucie tylko objektywnie zmniejszone było, tak że lekkie szczypanie żadnego, a mocne bardzo nieznaczne oddziaływanie obudzało.

Ciepło zewnętrzne łagodziło te uczucia, zimno powiększało.

Objawy te mogą i winny być uważane jako zaburzenie w czynności NN. naczynioruchowych, jako kurcz tętnic. [1]) Zaburzenie NN. naczynio-ruchowych, nie jest bynajmniéj rzadkim zjawiskiem, i w istocie opisują bardzo często, w obwodzie dotkniętym nerwobólem: czerwoność, gorąco, tętnienie arterji, (które chory czuje) i t. d., ale podają zupełnie przeciwne symptomata, jak: zblednienie skóry członka z uczuciem zimna i szmerania (*Hasse*). W podobnych przypadkach należałoby podejrzywać, że kurcz tętnic jest objawem pierwotnym, a objawy nerwobólu są następczemi, albowiem w zwyczajnych nerwicach (*neurosis*) naczynio-ruchowych, obserwujemy strzelające i drące bóle. Ale zastanowiwszy się dokładnie nad opisanemi powyżéj spostrzeżeniami i porównawszy je z obrazami nerwic naczynio-ruchowych, zobaczymy że istnieją między niemi pewne różnice: bóle przy nerwicach naczynioruchowych istnieją w prawdzie, ale nie są ani tak gwałtowne jak w powyższych spostrzeżeniach opisane, ani téż w przebiegu nie trzymają się wyłącznie kierunku jednego nerwu; nakoniec istnieje pewna różnica w objawach okolicznościowych, towarzyszących chorobie, a mianowicie: w nerwicach naczynio-ruchowych, ruchy członkiem, lub praca dotkniętemi kończynami, łagodzą zaburzenia w czuciu, albo zupełnie ukajają bóle (co się da tłomaczyć przez poprawę krążenia przy pracy, tu przeciwnie, najmniejsze poruszenie wywoływało ból, zniewalało chorego do najspokojniejszego zachowania się. Musimy zatém tu przyjąć że zaburzenia w nerwach naczynio-ruchowych, powstały współcześnie z zaburzeniami w nerwach czucia, i w istocie spostrzeżenia nerwobólu kulszowego, usprawiedliwiają podobny wniosek, gdyż obok włókienek czulnych nerwu kulszowego, przebiegają inne włókienka, mianowicie włókienka ruchowe.

Badając przebieg i rozgałęzienia NN. naczynio-ruchowych, możemy wytłomaczyć sobie zanik powstający przy nerwobólach.

Że nerwy naczyniowe wpływają na odżywienie, nie potrzebujemy tego dowodzić; wielu autorów uważa NN. naczynio-ruchowe za nerwy odżywiania (*Robin*), i istotnie zrozumieć łatwo, że pewien członek lub jakaś część jego, podlegając zaburzeniu nerwów naczynio-ruchowych, wystawioną jest (przez kurcz tętnic, często bardzo długo trwający), na brak dostatecznego dowozu materjału odżywczego, co prędzéj lub później musi się kończyć zanikiem członka.

Ale najważniejszą rzeczą w podanych powyżéj *Nothnagel'a* spostrzeżeniach, jest to: że w nich cierpiały nietylko te nitki naczynio-ruchowe, które się w skórze rozgałęziają, ale i takie które pniu nerwowemu towarzyszą, gdyż ten sam autor w inném miejscu zwraca uwagę (*Berl. klin. Wochenschrift.* Nr. 51 r. 1867), że przy neurosach naczynio-ruchowych skórnych, nawet przy bardzo długiém ich trwaniu, śladu zaniku nie odkrył; widocznie w tych przypadkach tylko nerwy naczyniowe, rozgałęzione w skórze, dotknięte były cierpieniem. Co innego jest jeżeli nerwy naczyniowe, pniu nerwowemu towarzyszące, cierpią, wtenczas

---

[1]) *Nothnagel.* Zur Lehre von den vasomothorischen Neurosen. *Deutsch. Arch. f. Klin. Medicin. Bd. II.*

oprócz kurczu tętnic skórnych, mamy jeszcze kurcz tętnic mięśniowych, i taki bezpośrednio prowadzi do zaniku mięśni.

Temu tłomaczeniu możnaby uczynić zarzut, że ów kurcz tętnic bywa przestankowy, nie może zatém sprowadzić zaniku mięśnia, który przy długo trwającym braku materjału odżywczego, dopieroby mógł nastąpić; jednakże zarzut ten ma tylko pozór słuszności, kurcz tętnic jakkolwiek na chwilę zwalniany, istnieje jednak ciągle, dopływ więc krwi tętniczéj, w porównaniu ze stanem normalnym, bywa znacznie upośledzony, a poszukiwania *Stenon'a* na zwierzętach przekonały, że przycisk tętnic przez czas bardzo ograniczony, organizm znosić jest w stanie. Nakoniec. dodać tu jeszcze należy bardzo ograniczone ruchy członka, przy nerwobólach, jako jeden z momentów przyczyniających się do zaniku mięśni dotkniętego członka.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Posiedzenia Towarzystw lekarskich francuzkich w m. Sierpniu.

Spraw. **Gustaw Lewandowski**, lekarz praktykujący w Radomiu.

Akademja Lekarska.

Dr. *Leborde* odczytał rozprawę o sposobach zastosowania objawów fizycznych życia do oznaczenia śmierci pozornéj lub rzeczywistéj, która streścić się da w następujących wyrazach: Zanużywszy igłę stalową niedohartowaną i zupełnie gładką w ciało człowieka lub zwierzęcia żyjącego, po pewnym, krótkim przeciągu czasu, igła ta przedstawi na powierzchni warstwę zoxydowaną. Autor spostrzegł fenomen ten przypadkowo, przy badaniu czucia głębokich warstw muskularnych, za pomocą igieł stalowych u pozornie zmarłego, ktory w następstwie odzyskał życie. Takież igły zanużone w massę muskularną trupa, wychodziły zupełnie czyste, długo nawet pozostawione na miejscu. Spostrzeżenia te były punktem wyjścia do następnych poszukiwań, które dowiodły, że oxydacja igły w podobnych warunkach i fenomena termiczne i elektryczne, których takowa jest następstwem, stanowią według autora pewny znak, że śmierć jest tylko pozorną, gdy zaś brak zupełny oxydacji, zatém i fenomenów jéj odpowiadających, jest stałym znakiem śmierci rzeczywistej.

Towarzystwo Chirurgiczne.

Dr. *Fort* przedstawił doświadczenia robione w szpitalach londyńskich, z flancowaniem naskórka na powierzchnie granulujące, a niechcące się zabliźnić. Odkrycie to zrobione przez D-ra *Reverdin*, przeszło z Francji do innych krajów. W Londynie w tym czasie zrobiono 6 doświadczeń, z których 4 należy do D-ra *Pollock*, 1 do D-ra *Holmes* i 1 do D-ra *Henryka Lee*.

Z 4-ch pierwszych, najgodniejsze uwagi jest następujące spostrzeżenie: Dziecię 8 lat wieku, przybyło do szpitala w Styczniu 1870 roku, z powstałym w skutek oparzenia wrzodem, długim 45 centimetr. i 36 centimetrów szerokim w okolicy udowéj zewnętrznej. Wrzód istniał od lat 2-ch, i nie zabliźniał się wcale. D. 5-go Maja Dr. *Pollock* oddzielił 3 płaty naskórka na boku prawym dziecka i zaszczepił je na 3-ch różnych punktach powierzchni granulującéj. Dwa z tych kawałków dały początek wysepkom naskórkowym.

D. 26-go Maja nowa operacja z 3-ma, płatami; 10-go Czerwca zaszczepiono 2 płaty, a 14-go Lipca ponowiono operację. Potrzeba było najmniéj 15 dni, aby sprawdzić, że zaszczepione kawałki przyjęły się, lecz od chwili pojawienia się wysepek, rozszerzanie się ich było szybkie. Po 7-u tygodniach, każda z pierwszych wysepek naskórkowych przedstawiała powierzchnią 7 centimetr. średnicy. D. 22-go Lipca z całego wrzodu 5-ta część zaledwie pozostała niezabliźnioną.

Drugie spostrzeżenie odnosi się do młodego człowieka lat 26 mającego, który od 6-ciu lat nosił dwie rany wrzodzące, na zewnętrznéj stronie kolana lewego, powstałe w skutek

oparzenia. Powierzchnia jednéj z tych ran wynosiła 6 centimetr. kw., inna 30 centimetr. Dnia 7 Lipca, Dr. *Pollock* przeniósł płat naskórkowy na mniejszy wrzód, a 2 płaty na większy. W 3 tygodnie rany były niezabliźnione zaledwie w 5-éj części.

Inne dwie próby tegoż chirurga nie wydały pomyślnych rezultatów, jedna odnosi się do wrzodu żylakowego (*ulcus varicosum*), a druga do rany na piersiach po oparzeniu.

Dr. *Holmes* zaszczepił płat naskórka we wrzodzie żylakowym na goleni. W 15 dni takowy do połowy był zabliźnionym.

Dr. *Henryk Lee* otrzymał także dobry rezultat u starca mającego od 3-ch lat wrzód żylakowy na goleni. Dnia 30-go Czerwca, płat skóry został zastosowany do powierzchni granulującéj, 7-go Lipca drugi płat, po którym w 3 tygodnie wrzód zabliźnił się prawie do połowy, a blizna z płatów połączyła się z brzegami rany.

Należy wyjaśnić, dla czego naskórek zaszczepiony rozrasta się tak szybko ku brzegom rany, podczas gdy rozrost ostatnich jest bardzo wolny. Czy nie możnaby przyspieszyć także zabliźnienia przez ożywianie brzegów saméj rany? Blizny zrodzone z części przeflancowanych, czy są równie ściągliwe jak blizny zwyczajne? lub czy też brodawki mięsne, przez zetknięcie z warstwą naskórka, dają początek bliźnie innéj struktury? Są to pytania do rozwiązania. W 1-ém spostrzeżeniu D-ra *Pollock*, blizna uformowana pod wpływem naskórka, ma więcéj podobieństwa do skóry, aniżeli do istotnej tkaniny bliznowatéj.

Co do sposobu operowania, p. *Reverdin* radzi oddzielić płat naskórkowy na powierzchni wewnętrznéj goleni końcem lanceta, wielkości 2—3 centimetr. i powierzchnię jego wewnętrzną przyłożyć do powierzchni granulującéj rany najzupełniéj oczyszczonéj. P. *Reverdin* stara się unieść z naskórkiem młode komórki naskórkowe, które stanowią warstwę specjalną pod nazwiskiem ciałek śluzowych, i te młode komórki przykłada do powierzchni granulującéj. Potém przytwierdza płat naskórkowy za pomocą opaski z empl. diachil., którą zmienia codziennie z ostrożnością.

Z tego co wiemy o życiu komórek w młodym ich wieku, można wnosić, że takowe, znalazłszy się na gruncie właściwym ich rozwojowi, bujając, powiększają szybko rozmiary naskórka zaflancowanego.

Każdy praktyk może powtórzyć te doświadczenia, nawet modyfikując pierwotne przepisy. Dr. *Pollock* z dobrym rezultatem postępuje w ten sposób: chwyta szczypczykami mały kawałeczek naskórka i odcina go nożyczkami o tyle, aby płat gruby na jeden milimetr, uformowany był przez naskórek i część powierzchowną saméj dermy. Potém na granulacjach rany robi nacięcie, w które wprowadza odcięty kawałek; jest to prawdziwe szczepienie ogrodnicze. W ten sposób powierzchnie krwawiące płata, i rany są w zetknięciu. Nakrywa wszystko opaską sporadratową, któréj nie odejmuje, jak po 5-ciu lub 6-ciu dniach.

Naskórek można brać z różnych części ciała. W operacjach dokonanych brano go z brzucha, uda, przedramienia, a nawet można przenieść go z jednego indywiduum na drugie. Dr. *Pollock* przeniósł z pożytkiem w jednym przypadku naskórek ze swego przedramienia, w innym razie z pożytkiem naskórek wzięty był z negra.

Dr. *Lee* postępuje inaczéj. Odcina płat skóry w całéj jéj grubości, który także przyjmuje się i zabliźnienie postępuje szybko.

Towarzystwo lekarskie paryzkie.

Dr. *Foville* odczytał sprawozdanie ze spostrzeżeń nad zanikiem tkanki łącznéj jednéj połowy twarzy, przedstawionych Towarzystwu przez D-ra *Lande*. Autor spotkał chorego, którego dwie połowy twarzy różniły się rozmiarami, wyglądem i kolorem. Prawa strona była pełna, zaokrąglona i zabarwiona normalnie, lewa zaś spłaszczona, zwiędła i pokryta zmarszczkami, skóra odpowiednia blada i ściągnięta, zarost, włosy, broda albo zupełnie wypadły, albo były bardzo rzadkie. W ogóle połowa twarzy zdrowa przedstawiała się jako należąca do osoby zdrowéj i młodéj, druga zaś do osoby staréj i choréj. Autor znajduje w tém spostrzeżeniu interesujące zadanie fizjologji pathologicznéj do rozwiązania, i w tym celu ucieka się do danych, jakich mu dostarcza obecny stan nauki, lecz wyczerpawszy je, nie znajduje dostatecznego rozwiązania.

Pod żadnę ze znanych form chorobnych stan ten podciągnąć się nie da. Nie jest to wrodzona nierówność połów twarzy, ani nie jest wstrzymanym rozwojem w następstwie jednéj połowy, bo pierwotnie twarz była symetryczną, późniéj dopiero nastąpiła regresja stanu normalnego, która miała określony swój punkt wyjścia i ograniczyła się do pół twarzy. Nie jest to przerost jednostronny prawéj połowy, bo prosty ekzamen wystarcza, aby się przekonać, że strona prawa jest normalną.

Zanik muskułów progresywny byłby prawdopodobniejszy. Lecz jeżeli objętość muszkułów nienormalnie wydatnych pod skórą jest trochę zmniejszoną, nie jest zmienioną ich siła kontrakcyjna. Wszystkie ruchy lewéj strony odbywają się z tą samą siłą, z tą samą precyzją, co strony prawéj, i dwie strony chociaż niesymetryczne, są zupełnie współdziałające. Pobudzalność elektryczna także jest zupełnie równa z obydwóch stron. Jedném słowem, siła ruchowa jest zupełnie nietknięta.

Nie jest to zanik neuralgiczny, bo takowy sprowadza w muskułach zboczenia anatomiczne i zaburzenia funkcjonalne, których tu brak. Także nie zanik paralityczny, albo powstający po jakimkolwiek paraliżu, ponieważ władza ruchowa jest nienaruszona, jak i czucie we wszystkich jego formach, to jest uczucie dotyku, bólu, temperatury, nacisku; są nawet ostrzejsze jak w stanie normalnym, co tłómaczy się ścieńczeniem części okrywających zakończenia nerwowe.

Sądząc z koloru skóry i modyfikacji w systemie włosowym, możnaby przyjąć chorobę za *vitiligo* lub *ponigo decalvans*. Lecz te choroby nie pociągają nigdy za sobą zmniejszenia objętości części zajętych, co w tym przypadku ma miejsce.

Przez wyłączenie dochodzi się do tego, że pozostaje tylko jeden element anatomiczny, którego sam zanik tłómaczy wszystkie objawy, to jest zanik tkanki komórkowo-tłuszczowéj. Że zaś fenomen ten nieznany w patologji, nie stanowił oddzielnéj całości chorobnéj umiejscowionéj, należy więc przypuścić istnienie choroby nowéj, którą autor nazywa *zanikiem jednostronnym tkanki komórkowo-tłuszczowéj twarzy*.

Dwa przypadki téj choroby spotkał Dr. *Lande*. Kilka jéj przykładów ogłoszono już w Anglji i Niemczech, pod tytułem jużto zaniku szczególnego, jużto prosopadysmorphii trophonevrozii *Romberga*. Dr. *Lande* zebrał 9 takich spostrzeżeń ogłoszonych, które z jego dwoma stanowią 11-cie przypadków, dobrze opisanych i zgodnych pod wszelkiemi względami.

Choroba zdaje się mieć upodobanie w lewéj połowie twarzy, bo w 11-tu przypadkach, 10 razy tam miała swoje siedlisko. Rozpoczyna się białą plamą, która stopniowo rozszerza się, lub też około plamy pierwotnéj tworzą się mniejsze, zlewające się następnie w pierwszą. Po pewnym czasie kolor biały plamy przechodzi w żółty, nawet brunatny.

W miejscach odbarwionych skóra szybko traci na grubości, przez ubytek pewnych jéj elementów, a jednocześnie *paniculus adiposus subcutaneus* zanika zupełnie. Okrywa ściąga się nietylko w swojéj grubości, ale i w szerokości, i przez to przystaje ściśle do wszystkich wydatności skieletu, pomiędzy którémi tworzy zmarszczki pooddzielane bruzdami. Fałda skóry tam gdzie daje się ująć, staje się bardzo cienką i nie ma w końcu jak 2 millimetr. grubości, przez co skóra sama, daje w dotknięciu uczucie podobne do tego, jakie tworzy tkanina bliznowata.

Włosy czasem siwieją, innym razem wypadają albo wstrzymują się w swoim rozwoju. Sekrecja tłuszczowa bardzo się zmniejsza, transpiracja jest normalną. Części głębokie tracą ze swojéj objętości o tyle o ile takowa zależała od tkanki komórkowo-tłuszczowéj, lecz inne tkaniny pozostają nienaruszone i zachowują swoją całość funkcjonalną. Wszystkie organa zmysłów zachowują stan normalny. Władza czucia i ruchu są nienaruszone.

Zanik nie ogranicza się do części zewnętrznych: nietylko wargi są zajęte, lecz w pewnych razach także język, podniebienie miękkie i języczek. W końcu, co jest ważnym charakterem, lezia bywa zawsze jednostronną, i w przypadkach obserwowanych nie przestąpiła linji pośredniéj.

Rozwój choroby jest stopniowy, trwanie jéj długie. W spostrzeżeniach zebranych najświeższą była trwająca od lat trzech, a najdawniejszą od lat 24, bez objawów jednakże,

które kazałyby się obawiać złych następstw i stan ogólny zdrowia nie był wcale zaniepokojony.

Ze znanych przykładów nic nie można wnieść o etjologji, ani o wieku, który usposabiałby szczególniéj do téj choroby.

W obec szczególnych charakterów choroby i w braku oznak anatomo-patologicznych, ponieważ żadna autopsia nie była robioną, autor usiłował szczególniéj odnaleść tłómaczenie fizjologiczne objawów i dla tego pathogenia zajmuje najobszerniejszą część jego pracy. Przejrzał wszystkich autorów obcych, którzy przed nim studjowali tę chorobę, a z których wszyscy uważali za punkt wyjścia jéj, zmiany w systemacie nerwowym, lecz różnią się tak co do natury tych zmian, jak i siedliska.

Hueter sądzi, że przyczyna zaniku jest w pewnéj części nerwu wielkiego sympatycznego. *Guttman* uważa ją za rezultat trwałéj irrytacji nerwów wazomotorycznych, która pociąga za sobą trwałe zmniejszenie w objętości naczyń twarzy. *Schott* przypomina, że Prof. *Romberg* odnosząc chorobę do systemu nerwowego wegetatywnego, nazwał ją trophonewrozą. *Moore* sądził, że widzi w niéj paraliż władzy excito-ruchowéj. W końcu *Samuel* oparł się szczególniéj na téj chorobie, chcąc stworzyć teorję nowego systematu włókien nerwowych, które różniąc się od włókien czuciowych, ruchowych i naczynio-ruchowych, przeznaczoneby były wyłącznie do przewodniczenia w odżywianiu organów i dla tego nazwał je nerwami trophicznemi. Włókna te mają mięszać się w pewnym stosunku do trzech innych systematów włókien i tworzą razem nerwy mięszane, w chorobie zaś w mowie będącéj same tylko są zaatakowane. Lecz Dr. *Lande* zrobił uwagę, że Samuel tworząc swoją teorję, wyszedł z fałszywego punktu, przypuszczając, że w téj chorobie wszystkie organa są dotknięte zanikiem, kiedy jest dowiedzionèm, że sama tkanka komórkowo-tłuszczowa cierpi, a jeżeli inne organa, jak muskuły, chrząstki, kości, tracą na objętości, pochodzi to od zaniku tkanki komórkowo-tłuszczowéj, ktorą wszystkie inne systematy tkanek zawierają. Należałoby więc przypuścić włókna nerwowe rządzące odżywianiem każdéj w szczególe tkanki, co jest nieprawdopodobne.

W ogóle P. *Lande* odrzuca wszystkie hypotezy, tłomaczące chorobę wpływem systematu nerwowego, a opierając się na faktach zapożyczonych z embryologji, fizjologji i patologji; faktach, które pokazują, że każda tkanka, każda komórka organiczna, posiada rodzaj autonomji nutrycyjnéj, dzięki któréj fenomena trophiczne bardzo złożone i wielkiéj działalności, mogą mieć miejsce bez wpływu nerwowego, sądzi, że choroba ta jest zboczeniem pierwotnèm elementów ulegających zanikowi.

Sprawozdawca Akademji akceptując to, co mają w sobie słusznego zarzuty P. *Lande*, robione różnym hypotezom, zwraca uwagę, że trudno jest przypuścić, aby systemat nerwowy nie miał żadnego wpływu w chorobie ściśle zawsze ograniczonéj do jednéj połowy twarzy, a w któréj zauważano jako symptomata dodatkowe: hemiplegją lewéj strony, cephalalgją, dzwonienie w uszach, zboczenie w smaku, konwulsje żwaczy z hyperestezją twarzy, bóle rwące i błędne, uczucie właściwe łechtania, drżenie nerwowe, swędzenie z kontrakcją części górnéj twarzy.

Kwestja więc pathogenji nie jest roztrzygniętą.

Co do leczenia, pomimo probowania różnych sposobów nie otrzymano pomyślnych rezultatów, i elektryczność tylko sprowadziła pewne polepszenie w dwóch przypadkach, w tym więc kierunku należy robić nowe usiłowania.

(W r. 1869 Dr. *Mikołaj Brunner*, ogłosił w Numerze 8-ym tomu IV-go *Kliniki*, bardzo interesujące i pouczające spostrzeżenie, które nazwał *zanikiem mięśni jednéj połowy twarzy*, a które zaliczyć należy do powyższych 11-tu przypadków, przytoczonych przez pana *Lande*. Badacz nasz opierając się na doświadczeniach Pr. *Claude-Bernard'a* z nerwem wielkim sympatycznym, oraz na licznych spostrzeżeniach, w których podrażnienie nerwu sympatycznego lub jego zwoi, tworzyło szereg objawów odpowiednich, uważa stan ten choroby za *następstwo stale trwającego podrażnienia nerwu sympatycznego szyjowego*, a mianowicie: *stanu tetanicznego mięśni naczyń krwionośnych*, *miejscową niedokrwistość i zaburzenia w odżywianiu*. Nie znajdujemy jednak w spostrzeżeniu D-ra *Brunnera* dostatecznych dowodów, że istotnie

elementa mięśniowe okolicy cierpiącéj były w stanie zaniku, bo pobudzalność elektro-mięśniowa tak na prąd indukcyjny, jak i na galwaniczny, oraz elektro-mięśniowe czucie zachowane były zupełnie, tak jak w mięśniach strony zdrowéj. Przytém o ile sądzić można z dokładnéj bardzo symptomatologji, podanéj przez autora, siła kontrakcyjna muskułów była jednostajną, a muskuły obydwóch połów twarzy zachowały właściwą współdziałalność. Zmniejszona zatém objętość mięśni, mogła być i w tym przypadku następstwem zaniku saméj tkanki łącznéj. (*Przypisek sprawozdawcy*).

DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI.

O zachowaniu się paznokci w chorobach gorączkowych.

Prof. *A. Vogel* z Dorpatu, ogłosił bardzo zajmujące spostrzeżenia, tyczące się zmian stale napotykanych w paznokciach u osób, które przebywały choroby gorączkowe. Zmiany te odnoszą się głównie do paznokci u rąk; u nóg, zaś z wyjątkiem palca wielkiego, daleko rzadziéj miewają one miejsce. Najwybitniejszą a zarazem najczęstszą z nich jest, wytwarzanie się białego prążka (w 4— 6 tygodni po przebytéj chorobie) poprzecznie przez paznokieć przebiegającego, i z początku z *lunula unguis* graniczącego. Grubość jego 2—3 milim. wynosi. W miarę wzrostu paznokcia, prążek ten posuwa się nieznacznie ku brzegowi, a dotarłszy jego skraju, znika. Według *V.* prążek ten powstaje skutkiem częściowéj anemii łożyska paznokcia. Najłatwiéj dostrzedz go można na paznokciach dużych palców u rąk. W niektórych przypadkach, część paznokcia po za prążkiem się znajdująca, utraca właściwy swój perłowy połysk, a czasami ta tylko zmiana fizjologicznego wyglądu paznokcia, świadczy o przebyciu ogólnych zmian w odżywianiu; wtedy prążek anemiczny bywa niedostrzegalny. W cięższych przypadkach, wytwarzają się pewne odgniecenia i bruzdy, które zawsze w kierunku poprzecznym przebiegając, zajmują albo cały wymiar poprzeczny paznokcia, albo téż widoczne, są tylko na środku.

Przytoczone zjawiska następcze w paznokciach badał *V.* w czasie epidemji tyfusu wysypkowego, a pierwsze spostrzeżenie zrobił na sobie. Późniéj zauważył je w dwóch przypadkach przebytéj odry u dzieci. Inni lekarze dorpaccy, zmiany takież widzieli po ostrych rheumatyzmach i cięższych zapaleniach płuc. W r. 1844 *Beau*, zwrócił już uwagę na podobne zmiany w paznokciach, które po tyfusach brzusznych dostrzegał. Jak wiadomo, przy łuszczycy i wyprysku na kończynach, zjawiają się pewne zmiany w paznokciach, świadczące o rozszerzeniu się sprawy chorobnéj ze skóry na łożysko paznokci; lecz zmiany te w innym stoją do siebie stosunku, i nie mogą być uważane za następstwo ogólnych zaburzeń w odżywianiu ustroju, jakie po przebytych ciężkich chorobach gorączkowych mają miejsce. Za takieto zmiany następcze po przebyciu chorób konstytucjonalnych, uważa *V.* opisane zjawiska w paznokciach, i w tym względzie ustanawia skalę odpowiadającą większemu lub mniejszemu natężeniu przebytéj choroby, a mianowicie: 1) utrata połysku paznokci, 2) prążek anemiczny; *a*) na niektórych, *b*) na wszystkich paznokciach, 3) lekkie zaklęśnięcia na paznokciach dużych palców u rąk, 4) głębsze bruzdy i falistości na wszystkich paznokciach u rąk i paznokciach dużych palców u nóg, 5) wypadanie paznokci. Głębsze zmiany, do jakich bruzdy autor zalicza, u rąk trwają niedłużéj jak 5 miesięcy, u nóg zaś przeszło rok, a inne zaś (pod Nr. 1 i 2) po upływie kilku tygodni ustępują.

Kończąc opis swych spostrzeżeń, *V.* zwraca uwagę, iż przytoczone głębsze zmiany w paznokciach, mogą stanowić przyczynek do rozwiązania kwestji sądowo-lekarskich, mianowicie: gdy oskarżony, brak winy przebytą przed pewnym czasem chorobą chce usprawiedliwić, nie mając żadnych śladów na paznokciach, wtedy twierdzenie jego w każdym razie może być w wątpliwość podaném (? Spraw.), w przeciwnym zaś razie zyskuje ono na pewności. (*D. Ar. f. Klin. Méd. 1870*). *H. D.*

KRONIKA TYGODNIOWA.

Stosownie do zatwierdzonéj ustawy o Zakładach Dobroczynnych, ukonstytuowała się Rada miejska warszawska powszechnéj opieki, i od d. 4-go b. m. rozpoczęła swe czynności. Naczelnikiem Zakładów Dobroczynnych w m. Warszawie, mianowany został R. R. St. Szambelan *A. Zaborowski*, Inspektorem Lekarskim szpitali warszawskich R. R. St. *Becker*, Dr. Med., dotychczasowy Inspektor Lekarski przy Namiestniku Królestwa Polskiego. Sekretarzem Rady *A. Wojciechowski*, niegdyś Szef Bióra Rady Głównéj Opiekuńczéj Zakładów Dobroczynnych w Królestwie Polskiém.

Dnia 9 Października r. b. otwartym został **Przytułek dla wychodzących ze szpitali**. Na ten cel obrócono budynek parterowy, przy ulicy Ogrodowéj Nr. 50, położony, składający się z czterech, dość obszernych izb i przedpokoju. Dwie z nich przeznaczono dla osób żądających przytułku, zastawiono tam 29 tapczanów, bardzo schludnie urządzonych i przyzwoitą pościelą zasłanych, w drugich dwóch izbach mieści się kancelarja i kuchnia; przedpokój służy za salę przyjęcia. W kancelarji znajduje się bibljoteczka dla użytku przyjętych indywiduów.

Wiadomo czytelnikom, że, z powodu projektu owego przytułku, toczyła się polemika w różnych czasopismach, ztąd o nim jeszcze słów kilka powiedzieć jesteśmy zmuszeni.

Zarząd przytułku rozesłał odezwy do wszystkich szpitali warszawskich, upraszając lekarzy, aby kwalifikowali doń osoby wychodzące ze szpitala, *zupełnie zdrowe*, lecz pozbawione chwilowo pracy i przytułku. Z tego pokazuje się jasno, że tu założyciele o szpitalu dla rekonwalescentów nie myśleli, i w istocie, przy szczupłych funduszach, znacznem oddaleniu przytułku od ogniska ruchu miasta i od szpitali, nakoniec szczupłéj ilości miejsc, bo tylko 29 łóżek, niepodobna było marzyć, aby cel założenia mógł być leczniczy.

Tak, jest to instytucja czysto-dobroczynna, nie szpitalna, jak żłobki, ochronki i t. p., przy Towarzystwie Dobroczynności istniejące.

Przytułek czyni zadość jednéj tylko potrzebie, jednéj zaradza okoliczności, a to następującéj: zdarza się niekiedy, że człowiek przybywszy do szpitala, po przejściu jakiejś ostréj choroby, może jeszcze pozostać w nim przez cały czas konwalescencji, ale kiedy zupełnie odzyska zdrowie i gdy go już i możność i obowiązek wypisać ze szpitala nakazuje, człowiek ten wyjść się wzbrania,—bo przez czas choroby stracił zarobek, służbę i t. p., więc mu dachu i chleba brakuje. Co wówczas zrobić? zostawić czas jakiś w szpitalu? to do niczego nie doprowadzi, bo to co jest dziś, będzie jutro, za tydzień i za miesiąc. Pozwolić mu wyjść ze szpitala, aby sobie zarobku wyszukał,—lecz gdy go nie znajdzie, należy go przyjąć na nocleg, ogrzać i nakarmić. Cóż wtedy zrobimy ze szpitali? czy ktokolwiek śmiałby żądać, aby w szpitalu działo się cóś podobnego; dla tego też się to nigdzie i nigdy nie zdarza, i ludzi takich wypuszcza się, bez żadnéj pomocy i opieki. Skutki z tego łatwe do przewidzenia.

Temu to *przytułek* zaradzić jest w stanie i 29 łóżek uczyni zadość potrzebie, na pierwszą chwilę, bo podobne przypadki nie przytrafiają się codziennie.

Że wielu chciało widzieć w przytułku pomieszczenie dla rekonwalescentów, że szpital dla nich *konieczny*, widzimy to w odgłosie prassy, niejednokrotnie za tem przemawiającéj, widzimy w ździwieniu lekarzy, którzy spodziewali się zobaczyć jego zawiązek. Potrzebę szpitala dla rekonwalescentów uznano; wiadomo nam, ile trudności spotkać można w jéj urzeczywistnieniu, ale zważywszy na korzyści jakie oddać może naszemu społeczeństwu, zakład tego rodzaju, nie należałoby się cofać przed żadnemi trudnościami.

— 11 Października r. b. otworzonym został Instytut Oftalmiczny Imienia Książąt Lubomirskich. W nowym gmachu umyślnie w tym celu wzniesionym, którego opis podaliśmy w naszém czasopiśmie (*Klinika* T. I. Nr. 3). Obecnie dodajemy tylko, że znaleźliśmy wytworne urządzenie.

† Dr. **Ildefons Krysiński** b. Naczelny Lekarz szpitala dla obłąkanych w Warszawie, w dniu 11 b. m. i r. zakończył życie.

Redaktor i Wydawca Z. Dobieszewski.

Дозволено Цензурою.—w Druk. J. Jaworskiego, Ul. Krak-Przedm. N. 415.—Cena pojedyńczego ark. k. 15 (złp. 1.)